Nr 42. Kraków, 18. października 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków, 18. października 1919. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala powszechnego we Lwowie

Studya z zakresu chorób układu mięśniowego

podał

K. Orzechowski (Lwów).

(Ciąg dalszy).

Gruźlica otwarta płuc, której pierwsze początki należy przełożyć co najmniej na pół roku przed pierwszem wystąpieniem objawów skórnych. Śmierć z końcem 1916.

W opisie przypadku wybijają się z powodu swej rozległości i siedziby przykurczenia, polegające, co nie ulega wątpliwości, na skróceniach mięśni, przyczem jako rzecz niezwykła uderza, że przykurczenia te obejmują żwacze, mięśnie szyi, kończyn górnych, a może i twarzy, a oszczędzają dolne kończyny, gdzie na ich karb złożyć można chyba tylko krótkość kroków. W rzeczywistości zakres mięśni kończyn górnych zajęty przykurczeniami jest na pewne większy, niż to się wprost dostrzega. Można o tem wnosić pośrednio. I tak należy przypuszczać, że wszystkie niemal mięśnie pasa obojczykowego, przeważnie zanikłe i porażone, muszą być w stanie skrócenia, skoro ustawienie obojczyków i łopatek jest prawie zupełnie prawidłowe, co przy wiotkiem porażeniu z utrzymaną wówczas, a nawet wzmożoną rozciągliwością mięśni nie byłoby do pomyślenia. W dalszym ciągu zwraca uwagę ta okoliczność, że wbrew zwykłemu doświadczeniu skrócenia mięśniowe są nawet tam obecne, gdzie nie ma zupełnego porażenia mięśni przeciwniczych, same zaś skrócone mięśnie mają tylko małą siłę (np. stosunek skróconych zginaczy rąk i palców do mięśni wyprostnych). Z drugiej strony na kończynach dolnych przykurczeń nie ma, pomimo że istnieje tu analogiczny niestosunek siły zginaczy stóp i palców na niekorzyść mięśni prostujących w kierunku grzbietowym i mimo istnienia warunków zewnętrznych, które notorycznie ułatwiają powstawanie skróceń (niedowłady trwają od czterech lat, chora leży w bezwładzie od roku prawie). Warto też wspomnieć jako o dziwnym szczególe, że skrócone i lepszą mające siłę mięśnie dwugłowe ramion są bardziej zanikłe, niż trójgłowe.

Skrócenia mięśniowe, tu spostrzegane, nie muszą być bezwzględnie niepodatne i bezwzględnie niezmienne, skoro mimo długiego czasu trwania stanu chorobowego nigdzie wtórnych zesztywnień w stawach nie znaleźliśmy. Wprost przeciwnie, stawy wykazują z wyjątkiem niezupełnym barkowego nawet wzmożoną wiotkość torebek i powięzi. Zatem nie bezruch kończyn, nie zmiany wsteczne, zesztywniające stawów są powodem przykurczeń. Wnosić stąd należy o pierwotnym, mięśniopochodnym charakterze stwierdzonych przykurczów. Nie wadzi na tem miejscu wspomnieć, że niepodobna w naszym przypadku odnieść przykurczeń do zwykłego ich źródła np. przy neurytycznych sprawach, do bolów. W takich razach bole są niesłychanie silne, chory wprost odruchowo unieruhomia kończyny w pewnem położeniu, które mu najmniej bolów sprawia. W naszym przypadku bole były wogóle słabe i brak było całego dalszego korowodu objawów bolesnego zapalenia wielu nerwów (polyneuritis), (parestezye bolesne, samoistne bole, bole uciskowe nerwów, bole gwałtowne przy ruchach, przeczulica skóry itp.).

Bardzo charakterystyczne jest u chorej rozmieszczenie objawów. Zupełne porażenie i maksymalne zaniki spotykamy w zakresie mięśni międzyżebrowych i kręgosłupa, mniejsze są zmiany mięśni pasa obojczykowego i miednicy, najmniejsze kończyn, i to stóp, a zwłaszcza rąk. Mamy więc przed sobą typ kadłubowy (proksymalny) porażeń.

Znamiennym dla naszego przypadku jest też niestosunek siły do stanu troficznego mięśni. Mało zanikły m. trójgłowy ramienia jest zupełnie porażony, natomiast bardziej zanikły dwugłowy ma pewną, wcale nie tak małą siłę, przeciwstawienie palców rąk jest słabe przy zupełnie małym zaniku kłębów, odwrotnie wykazuje lepszą siłę przywodzenie kciuków przy wybitnie zanikłych mięśniach przywodzących kciuki. Na dolnych kończynach zaniki są wszędzie tylko mierne przy sile prawie tak samo obniżonej, jak na górnych kończynach, a nawet łydki pomimo słabej siły zginaczy stóp i palców, mimo że stan niedowładu trwa tak długo, są dobrze utrzymane.

Jeśli się teraz wobec nawiedzionych poprzednio faktów uwzględni jeszcze, że zbitość mięśni jest nadspodziewanie wzmożona, tak że w niektórych trzeba ją było wprost jako twardawą określić, nasuwa się samo przez się pytanie, czy w przypadku naszym obok zwykłych zmian, towarzyszących zanikowi, nie istnieje ponadto inny jeszcze czynnik, który wzmaga zbitość mięśni, a nawet wpływa na względne przymnożenie objętości niektórych, maskujące zaniki tam, gdzie należałoby się ich spodziewać wobec długotrwałości porażeń. Czynnikiem takim mogłaby być sprawa zapalna, pierwotnie w mięśniach się tocząca.

Uwagi te zbliżają nas do poruszenia strony rozpoznania. Nie ulega wątpliwości po tem, cośmy powiedzieli, że przypadek nasz odbiega zupełnie od obrazów, nawet nietypowych, schorzeń neuronu obwodowego, nad któremi tylko możnaby się tu zastanawiać po wyłączeniu odrazu na wstępie dystrofii i włośnicy.

Postępującą dystrofię mięśniową mimo powierzchownego podobieństwa w usadowieniu należy uważać za wykluczoną z powodu bolów mięśni przy ruchach i ucisku, zbyt szybkiego uogólnienia się z początku, znacznego zwolnienia itd.

Rozpoznanie włośnicy jest również niedopuszczalne mimo braku badania mięśni i krwi. Chora nigdy nie jadała mięsa wieprzowego, nie cierpiała nigdy na wstępne objawy żołądkowe, ani takichże objawów nie było w jej otoczeniu domowem, nie było z początku obrzmień mięśni, a także ugrupowanie objawów ze strony mięśni było odmienne.

Prawie równie szybko możemy pominąć w rozważaniach rozpoznawczych przewlekłe zapalenie rogów przednich, przeciw któremu dostatecznie przemawiają: rychłe uogólnienie się zaraz z początku choroby, siedziba, dłuższa poprawa, rozległe przykurczenia, zbitość zaników, brak drżeń włókienkowych i zmian jakościowych elektrycznych.

Poważniejsze trudności nasuwa natomiast różniczkowanie wobec zapalenia wielu nerwów, i to postaci ruchowej, która naturalnie jedynie wchodzi tu w rachubę. Z rozpoznaniem tem jednak trudno pogodzić tułowiowe rozmieszczenie zmian narządu ruchowego, brak bolesności pni nerwowych w pierwszym okresie choroby, zniknięcie dopiero z czasem odruchów głębokich i brak odczynu zwyrodnienia elektrycznego, którego należało oczekiwać przynajmniej ze strony mniej zajętych mięśni. Z drugiej strony skrócenia mięśniowe w podobnie rozległem uogólnieniu, jak w naszym przypadku, w kazuistyce zapalenia wielu nerwów nie są znane, nie mają też tam one tych właściwości, które w naszym przypadku wyżej już uwydatniliśmy, a mają również inny mechanizm powstawania w zapaleniu nerwów, o czem także

wyżej już była mowa. Pozostaje więc w naszym przypadku jedynie możliwe rozpoznanie przewlekłego zapalenia wielu mięśni (polymyositis), które tłumaczy bole przy ruchach i ucisku, i to właśnie bole mierne, jakie istniały przez cały czas obserwacyi, która wyjaśnia skrócenia mięśniowe, jako objaw wynikły z bliznowatego kurczenia się pozapalnego mięśni. Stan zapalny mięśni tłumaczy twardość, względnie wzmożoną zbitość wielu mięśni, niestosunek siły do stanu troficznego mięśni i między innymi pozorny brak zaników tam, gdzie wskutek istnienia resztek ostrego zapalnego okresu zaniki nie mogły się jeszcze uwydatnić zewnętrznie.

Okoliczność, że w późniejszym okresie choroby były w naszym przypadku pnie nerwowe tkliwe na ucisk, nie podaje w wątpliwość rozpoznania naszego, w ten sposób uzasadnionego, bo pewne objawy ze strony nerwów obwodowych mogą się nawet tam, gdzie nie ma neuromyositis, do zapalenia mięśni dołączać, co przekonująco wywodzi Fajersztajn (naturalne przenoszenie się stanu zapalnego z jednej tkanki na drugą, albo może zwyrodnienie wsteczne [degeneratio retrograda] z następczem bujaniem łącznotkankowych pochewek nerwowych, albo mechaniczny wpływ sąsiedztwa zbito naciekłych mięśni, lub wreszcie działanie ogólnego wyniszczenia). Bole uciskowe nerwów zauważył też w zupełnie pewnym przypadku Strümpell.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Ocena jaglicy, jej leczenie i zapobieganie ze stanowiska wojskowo-lekarskiego

napisał

major-lekarz

Dr Teodor Bałłaban,

prymaryusz szpitala ocznego Wojsk polskich we Lwowie.

(Dokończenie).

Izby chorych muszą być odpowiednio obszerne, i to tak, aby wzajemna odległość poszczególnych łóżek była większa, aniżeli zwyczajnie. W ten sposób unika się łatwiej przypadkowych zetknięć chorych i ich sprzętów. Obok tablicy umieszczonej nad łóżkiem, wisieć powinien ręcznik, oznaczony liczbą. Na ewentualne wzajemne zamiany ręczników należy zwracać baczną uwagę, gdyż, jak wiemy, dzieje się to dość często przez niedbałość chorych i służby. Chcąc temu zaradzić, postępuję w ten sposób, że przy drzwiach wchodowych umieszczam tablicę, na której są uwidocznione równorzędnie liczby łóżek i ręczników. Porządku tego musi ściśle przestrzegać służba i chorzy, a przy odpowiedniej kontroli o różnych porach dnia daje się to łatwo osiągnąć. Łóżko porządkuje sam chory i jest tak za nie, jak też za porządek w szafce nocnej osobiście odpowiedzialny. W szufladzie szafki nocnej znajdują się wszystkie sprzęty chorego, służące do mycia, czyszczenia i jedzenia.

Poza tem obowiązują chorych i służbę ogólne przepisy sanitarne co do przestrzegania czystości. Zapobiegliwy i o chorych troskliwy lekarz nie powinien jednak ograniczać się do przestrzegania tylko fizycznej czystości, lecz jest jego obowiązkiem dbać także o utrzymanie siły duchowej chorego. Nie zapominajmy, że chorzy na ostrą jaglicę, która dłuży się często miesiącami, nie mogą zajmować się żadną czynnością i często upadają duchowo, dlatego należy starać się dla chorych na jaglicę o dobór inteligentnego personalu służbowego, który ma za zadanie codziennie o pewnym czasie zajmować chorych głośną lekturą, dobraną odpowiednio, załatwiać ich korespondencyę i t. p. Z własnego doświadczenia mogę podnieść, że taki sposób postępowania z chorymi daje nadzwyczajne wyniki lecznicze, gdyż chorzy, wdzięczni za troskliwość im okazaną, chętnie i posłusznie wykonują polecenia i zarządzenia lekarza, a temsamem skraca się czas trwania choroby. Pozostawianie sobie samym i zupełnie odosobnianie chorych na jaglicę, jak to się często jeszcze obecnie praktykuje, jest bardzo szkodliwe. Staje się ono udręką dla chorych, którzy często wbrew zakazowi i nadzorowi szukają drogi do ucieczki ze szpitala, a tem samem całkiem bezwiednie robi się z nich dezerterów. Dlatego, jeżeli przy szpitalu niema ogrodu, należy chorym zezwalać na przechadzkę, ale nie pojedynczo, lecz w oddziałach pod odpowiednim dozorem. Chorych, którzy są nieuleczalni, lub których choroba po dłuższem leczeniu szpitalnem tylko niewiele się polepsza i nie rokuje całkowitego wyleczenia, należy przedstawić komisyi superrewizyjnej celem zwolnienia ich z wojska i z wnioskiem o zawiadomienia odpowiedniego starostwa lub gminy, aby ta nadal zaopiekowała się chorym i zapobiegała szerzeniu się choroby.

Chorzy na jaglicę w okresie niezakaźnym i podejrzani o jaglicę nie mogą być umieszczani wspólnie z chorymi na ostrą jaglicę. W odrębnym oddziale szpitala lub w odrębnym baraku, przeznaczonym dla takich chorych należy naturalnie przestrzegać wszystkich powyżej podanych przepisów sanitarnych. Rozumie się, że ze względu na lżejsze nasilenie choroby, zezwala się w tych przypadkach na pewne zajęcia jako też na ograniczony pobyt poza obrębem szpitala. Stosownie do nasilenia choroby mogą niektórzy z tych chorych po upływie 3 godzin po zabiegach leczniczych oddawać się także miernemu czytaniu i pisaniu lub innym lżejszym zajęciom.

Służba szpitalna, zajęta przy chorych na jaglicę, powinna być raz na tydzień poddawana oględzinom lekarskim.

Jeżeli przy jakim oddziale wojskowym wybuchła epidemia jaglicy, jest obowiązkiem lekarza zgłosić to natychmiast u odpowiedniej komendy. Chorzy na jaglicę zostają w przeznaczonych do tego celu izbach odosobnieni, przyczem nie mogą pod żadnym warunkiem stykać się z innymi żołnierzami w koszarach.

Przypadki ciężkie oddaje się do leczenia szpitalnego, o czem musi rozstrzygać lekarz okulista, zawezwany do zbadania całego oddziału. W czasie trwania epidemii i przez miesiąc po jej upływie musi lekarz okulista raz w tygodniu robić przegląd ócz u wszystkich bez wyjątku żołnierzy. W całych koszarach, szczególnie w izbach zajętych przez chorych na jaglicę, należy bardzo ściśle przestrzegać wszystkich powyżej wspomnianych środków sanitarnych. Po wygaśnięciu epidemii nie potrzeba zbytecznych zarządzeń, jak n. p. szorowania ścian, heblowania podłóg i t. p., jak to niejednokrotnie jeszcze obecnie się dzieje, ale wystarcza dokładne wymycie podłóg i okien, pobielenie ścian, a co najważniejsze, należyte odkażenie sienników, bielizny i łóżek. Po takiem oczyszczeniu należy izbę przez 3 dni wietrzyć na przestrzał. Po upływie tego czasu mogą zdrowi żołnierze zająć izbę bez najmniejszej obawy zakażenia.

Wspomniałem na początku, że istnieją inne jeszcze choroby, które łatwo mogą być brane za ostrą zakaźną jaglicę. Dla lekarza wojskowego ma w tym względzie głównie znaczenie mieszkowy nieżyt spojówek. Choroba ta pojawia się nierzadko epidemicznie z silną wydzieliną i często z bardzo znacznymi objawami podmiotowymi i przedmiotowymi. Epidemie takiego nieżytu mieszkowego występują prawie wyłącznie u konnicy i to głównie u żołnierzy sypiających w źle przewietrzanych stajniach, wskutek szkodliwych amoniakalnych wyziewów stajennych, a także wskutek drażnienia spojówek kurzem końskim, powstałym przy czyszczeniu koni zgrzebłem. Epidemie te nie mają większego znaczenia i nie wymagają jakiegoś osobliwego leczenia. Stworzy się dla tych żołnierzy lepsze warunki higieniczne, a w przypadkach cięższych udzieli się im 3—4-tygodniowego urlopu, wtedy choroba ta znika bardzo rychło. Zapobiegawczo należy się starać o należyte przewietrzanie stajen, a przy czyszczeniu koni nakazać żołnierzom używanie szkieł ochronnych.

Przepisy zapobiegawcze dla Wojsk Polskich.

Wychodząc z doświadczenia, że u nas w Polsce jaglica jest bardzo rozpowszechniona i że występuje często miejscowo lub nagminnie, należy się starać, celem jej zwalczania i zapobiegania, o ścisłe współdziałanie władz wojskowych i cywilnych. Do tego celu służą następujące przepisy:

1. Przypadki jaglicy zbliznowaciałej powodują pobór bez zastrzeżeń.

2. Przypadki jaglicy przewlekłej, nie zakaźnej, bez względu na wydzielinę i przypadki podejrzane co do jaglicy odsyła komisya poborowa natychmiast do oceny i do ewentualnego leczenia w szpitalu.

3. Przypadki ostrej jaglicy zakaźnej lub powikłane ze zmianami na rogówce i tęczówce powodują zwolnienie poborowego, przyczem jest obowiązkiem komisyi poborowej donieść o nich starostwu lub gminie, do której chorzy przynależą.

4. Żołnierz, który zachoruje na jaglicę w czynnej służbie, zostaje odesłany do szpitala lub do baraku jagliczego. Jeżeli po upływie 3 miesięcy nie osiągnie się dodatniego wyniku leczniczego, przedstawia się go komisyi superrewizyjnej z wnioskiem odesłania celem dalszego leczenia do szpitala cywilnego.

5. Pod żadnym warunkiem nie wolno żołnierza, nieuleczonego zupełnie z ostrego okresu jaglicy wypuszczać swobodnie ze szpitala.

6. W razie powstania epidemii w poszczególnych oddziałach, jeżeli nadmiar chorych nie pozwala na ich pomieszczenie w szpitalu lub barakach, należy chorych całkowicie odosobnić i surowo przestrzegać zakazu stykania się ze zdrowymi żołnierzami.

7. W załogach, w których jaglica pojawia się częściej, należy przeprowadzać raz w tygodniu przegląd ócz wszystkich oddziałów. Również musi być badany każdy żołnierz idący i wracający z urlopu. W większych załogach przeznacza się do tych czynności osobnego okulistę.

8. We wszystkich koszarach i zakładach wojskowych używa się do mycia tylko wody płynącej. Każdy żołnierz musi mieć własny ręcznik. Szczególnie należy zwracać uwagę na przestrzeganie tego przepisu w aresztach i izbach wartowniczych, gdyż właśnie tam, wskutek częstej zmiany różnych oddziałów i żołnierzy, powstają najłatwiej zakażenia.

9. Izby mieszkalne w koszarach muszą być stosownie obszerne i przewiewne (najmniej 25 m³ powietrza na żołnierza). Podłogi należy zapuszczać lakierem olejnym i naftą, zamiatać zaś tylko mokrą ścierką.

10. Żołnierzy chorych na mieszkowy nieżyt spojówek pozostawia się w służbie przy ich oddziałach, natomiast na czas choroby należy ich zwolnić od służby stajennej i wartowniczej.

Jaglica rzekoma (pseudotrachoma).

Nietylko dla lekarza przy poborze, lecz także dla każdego okulisty jest rzeczą ważną dokładna różniczkowa ocena zmian, pojawiających się przy tej »sui generis« chorobie wojennej, a którą ja stosownie do występujących przy niej objawów nazwałem jaglicą rzekomą (pseudotrachoma), gdyż zmiany, w niej pojawiające się, są zupełnie analogiczne ze zmianami w jaglicy.

W licznych podobnych przypadkach, które miałem sposobność przez cały przeciąg wojny obserwować, część ich pewna wykazywała, obok wybitnych zmian jagliczych, strupy i owrzodzenia na spojówce gałkowej i powiekowej, a czasami także nadżarcia i ubytki w nabłonku rogówkowym. Pomijając te przypadki, w których przy dokładnem badaniu udało się wykazać we worku spojówkowym drobne cząstki ciał obcych, jak wapna, cementu, fosforu, prochu strzelniczego, tytoniu, a nie rzadko i kurzu ze skóry końskiej, zmiany te przemawiają już same przez się za samookaleczeniem.

Jak już powyżej wspomniałem objawy, wywołane tem mechanicznem drażnieniem, powodują we wielu przypadkach zmiany

właściwe jaglicy i mogą częstokroć w błąd wprowadzić nawet doświadczonego okulistę.

Ogólny obraz, pod jakim się jaglica rzekoma objawia, jest nacechowany silnym przerostem brodawkowym, wybitnie zwiększonymi mieszkami, zupełnie podobnymi do ziarn jagliczych i to szczególnie w załamku spojówkowym, mniej lub więcej obfitą surowiczą lub krwawo-surowiczą wydzieliną, przyczem spojówka gałkowa jest często tak silnie wałowato obrzękła, że wypada ze szpary powiekowej. W innych znowu przypadkach występuje obok powyższych zmian spojówek tak silny obrzęk powiek, i to głównie powieki dolnej, że szpara powiekowa nie daje się otworzyć.

Na podstawie licznych i dokładnie w tym kierunku przeprowadzonych badań mogę stwierdzić, że odpowiednie rozpoznanie da się przeprowadzić całkiem stanowczo. I tak mogłem się przekonać, że w odróżnieniu od jaglicy dadzą się w przypadkach jaglicy rzekomej zawsze i bez wyjątku wykazać w spojówce gałkowej małe nadżarcia, które są jednak często tak małe, że nie można ich spostrzedz gołem okiem, a często są ukryte za fałdami obrzękłej spojówki. Najczęstszą ich siedzibą na spojówce gałkowej jest miejsce, odpowiadające tłuszczce, co należy przypisać tej okoliczności, że wprowadzone do worka spojówkowego ciało obce wywołuje drażnienie, a przez skurcz powiek wchodzi ono w bezpośrednią styczność z nagle obrzękłą spojówką gałkową. Celem ułatwienia odkrycia takich małych nadżarć spojówki gałkowej posługujemy się słabym rozczynem amoniakalnym fluoresceiny, przyczem najmniejsze nawet nadżarcie zabarwia się zielono i odbija dokładnie od podłoża. Dalszym objawem jaglicy rzekomej są prawie zawsze znajdowane mniejsze lub większe podspojówkowe kropkowate lub pasemkowate krwiaki, które już same przez się przemawiają za urazową przyrodą choroby. Wreszcie pomijając spojówkę gałkową, która prawie zawsze jest w całości obrzękłą, są objawy zapalne na spojówce powieki dolnej o wiele znaczniejsze, aniżeli na spojówce powieki górnej, co też odpowiada wprowadzaniu obcego ciała każdorazowo do dolnego worka spojówkowego.

Ze względu, że choroba ta przy należytem rozpoznaniu da się w krótkim czasie usunąć i robi poborowego zdolnym do służby frontowej, jest rzeczą wskazaną, aby lekarz umiał ją należycie ocenić.

Wiadomości bieżące.

— Dr S. Bronowski z Warszawy otrzymał na konkursie Towarzystwa lekarskiego warszawskiego nagrodę im. Helbicha za dzieło p. t. »Podstawowe sposoby badania klinicznego«, omówione w Nr. 40. »Przeglądu lekarskiego«.

— W Warszawie ukonstytuował się 23. IX. 1919 »Związek lekarzy Państwa polskiego«. Prezesem został wybrany Dr K. Zieliński, wiceprezesem Dr Radziwiłowicz, skarbnikiem Dr Pawłowicz, sekretarzem Dr Staniszewski.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa uprzejme podziękowanie kol. Dr Bronowskiemu z Warszawy za dzieła ofiarowane bibliotece Towarzystwa.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Choroby zakaźne w Warszawie od 21. do 27. X. 1919: ospa 1. odra 48, płonica 19, dur plamisty 20, brzuszny 28, czerwonka 23.

— Choroby zakaźne w Łodzi od 28. IX. do 4. X. 1919: dur plamisty 20 († 2), dur brzuszny 28 († 2), dur powrotny 1, czerwonka 44 († 15), płonica 27 († 3), odra 16 († 5).

— Choroby zakaźne w Krakowie od 21. do 27, IX. 1919: płonica 3, błonica 2, dur brzuszny 4 († 1), czerwonka 47 († 6), gorączka połogowa 2 († 2), dur plamisty 2 († 1), dur powrotny 1.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.